

第1号様式(第3条関係)

身体障害者診断書・意見書

総括表

(免疫機能障害 13歳未満用)

氏 名	年 月 日生 () 歳	男 ・ 女
住 所		
① 障害名 免 疫 機 能 障 害		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他 ()
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日 ・ 場所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含みます。)		
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
【将来再認定 要(軽減化・重度化)・不要】(再認定時期 年 月)		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見【障害程度等級についても参考意見を記入】 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する (級相当) ・該当しない		
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、H I V感染症等を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、横須賀市社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。		

ヒト免疫不全ウイルス（HIV）による免疫の機能障害の状況及び所見（13歳未満用）

1 HIV感染確認年月日及びその確認方法

HIV感染を確認した年月日 年 月 日

小児のHIV感染は、原則として（１）及び（２）の検査により確認します。（２）についてはいずれか一つの検査による確認が必要です。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後１８箇月未満の小児については、（１）の検査に加えて、（２）のうち「HIV病原検査の結果」又は（３）の検査による確認が必要です。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 年 月 日	検 査 結 果
判 定 結 果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性

備考 酵素抗体法（ELISA）、粒子凝集法（PA）、免疫クロマトグラフィー法（IC）等のうち一つを行ってください。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検 査 法	検 査 年 月 日	検 査 結 果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽 性 ・ 陰 性

備考 1 「抗体確認検査」とは、ウエスタンブロット法（Western Blot）、蛍光抗体法（IFA）等の検査をいいます。

2 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいいます。

(3) 免疫学的検査所見

検 査 年 月 日	年 月 日
I g G	mg／dl

検 査 年 月 日	年 月 日
全リンパ球数 (①)	／μl
CD4陽性Tリンパ球数 (②)	／μl
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合 ([②] ／ [①])	%
CD8陽性Tリンパ球数 (③)	／μl
CD4／CD8比 ([②] ／ [③])	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検 査 年 月 日	年 月 日	免 疫 学 的 分 類
CD4陽性Tリンパ球数	/ μ l	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正常

備考 「免疫学的分類」欄は次の分類に基づき○で囲んでください。

免疫学的分類	児 の 年 齢		
	1 歳 未 満	1 ～ 6 歳 未 満	6 ～ 13 歳 未 満
正 常	$\geq 1,500 / \mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 1,000 / \mu\text{l}$ $\geq 25\%$	$\geq 500 / \mu\text{l}$ $\geq 25\%$
中 等 度 低 下	750～1,499 / μl 15～24%	500～999 / μl 15～24%	200～499 / μl 15～24%
重 度 低 下	< 750 / μl < 15%	< 500 / μl < 15%	< 200 / μl < 15%

(2) 臨床症状

ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載してください。

指標疾患とその診断根拠	

備考 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」に規定するものをいいます。

イ 中等度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

臨 床 症 状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症 (<1,000 / μl)	有 ・ 無
30日以上続く貧血 (<Hb 8 g / dl)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症 (<100,000 / μl)	有 ・ 無
1箇月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無

生後 1 箇月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有 ・ 無
生後 1 箇月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有 ・ 無
生後 1 箇月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無
6 箇月以上の小児に 2 箇月以上続く口腔咽頭カンジダ症 ^{くういん}	有 ・ 無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1 年以内に 2 回以上）	有 ・ 無
2 回以上又は 2 つの皮膚節以上の帯状疱疹 ^{ほう}	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘 ^{ばん}	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫 ^{しゅ}	有 ・ 無
H I V じん症	有 ・ 無
臨床症状の数 [個] …… ①	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

ウ 軽度の症状

次の臨床症状の有無（既往を含む。）について該当する方を○で囲んでください。

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫腸 ^{しゅ} （2 箇所以上で 0.5 cm 以上。対称性は 1 箇所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大 ^{しゅ}	有 ・ 無
脾腫大 ^{ひしゅ}	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎 ^{くう}	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の数 [個] …… ②	

備考 「臨床症状の数」の欄には、「有」を○で囲んだ合計数を記載してください。

身体障害者手帳の申請手続きについてのご案内

身体障害者手帳の交付を申請するためには、障害者手帳を取得する方の以下ものが必要となります。

なお、診断書をおとりになっても、身体障害者手帳が交付されない場合がありますので、手帳取得要件・基準に該当しているか事前に指定医師にご相談ください。

身体障害者手帳は申請から交付まで約1カ月程度かかります。ご了承ください。

◎ **診断書** 申請日より3か月以内に身体障害者福祉法第15条に定める指定を受けた医師が記載したもの
(指定医師についてご不明の方は障害福祉課へお問い合わせください)

◎ **写 真** 1枚
・たて4cmよこ3cmのものでご本人の顔がはっきりと写っているもの（上半身を写したもの）
・一年以内に撮影したもので、帽子等をかぶっていないもの。

◎ **マイナンバーのわかるもの**
マイナンバーカード、マイナンバー通知等

◎ **代理人の本人確認書類及び委任状など**
代理人が申請する場合のみ

補足

- 障害の区分（内容）によって診断書の種類が異なります。間違った種類の診断書をとっていただいても、障害者手帳が交付されない場合がありますのでご注意ください。
- 手帳取得に係る費用については自己負担となり、手帳交付対象とならなかった場合でも返金等は致しかねます。ご了承ください。

※ 申請窓口は、市役所分館1階の障害福祉課です。

TEL 046-822-8248